

Rothenberg, Julia

## **"Gesundheitsangebote" in einer Volkshochschule: "... und unsere Kunden kriegen das auf Rezept."**

*Der pädagogische Blick 15 (2007) 2, S. 97-110*



Quellenangabe/ Reference:

Rothenberg, Julia: "Gesundheitsangebote" in einer Volkshochschule: "... und unsere Kunden kriegen das auf Rezept." - In: Der pädagogische Blick 15 (2007) 2, S. 97-110 - URN: urn:nbn:de:0111-opus-95314 - DOI: 10.25656/01:9531

<https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0111-opus-95314>

<https://doi.org/10.25656/01:9531>

in Kooperation mit / in cooperation with:

# **BELTZ JUVENTA**

<http://www.juventa.de>

### **Nutzungsbedingungen**

Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, veröffentlichen oder anderweitig nutzen.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

### **Terms of use**

We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document.

This document is solely intended for your personal, non-commercial use. Use of this document does not include any transfer of property rights and it is conditional to the following limitations: All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

### **Kontakt / Contact:**

peDOCS  
DIPF | Leibniz-Institut für Bildungsforschung und Bildungsinformation  
Informationszentrum (IZ) Bildung  
E-Mail: [pedocs@dipf.de](mailto:pedocs@dipf.de)  
Internet: [www.pedocs.de](http://www.pedocs.de)

Digitalisiert

Mitglied der

  
Leibniz-Gemeinschaft

# Der pädagogische Blick

Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis  
in pädagogischen Berufen

15. Jahrgang 2007 / Heft 2

Editorial ..... 67

## *Thema:*

### *Grenzen pädagogischen Handelns*

Michael Winkler

Pädagogik und die Kollateralschäden der Moderne –

Ein Essay mit überraschendem Ausgang ..... 68

Margherita Zander

Soziale Arbeit und Armut – Ein Interview ..... 82

Kirsten Schlegel-Matthies

Vermittlung von Konsum- und Finanzkompetenzen für Kinder und

Jugendliche – Möglichkeiten und Grenzen pädagogischen Handelns . 89

## *Aktueller Beitrag*

Julia Rothenberg

„Gesundheitsangebote“ in einer Volkshochschule: „... und unsere

Kunden kriegen das auf Rezept.“ ..... 97

## *Aus der Disziplin*

Konsekutiv und inter-/national in Erwachsenen-/Weiterbildung

profiliert: der Start der Bachelor- und der Master-Studiengänge im

Fachbereich Bildungswissenschaften an der Universität Duisburg-Essen

(Anne Schlüter) ..... 111

## *Aus der Profession*

Der pädagogische Blick auf dem Beratungs- und Therapiemarkt:

Das professionspolitische Kolloquium des BV-Päd. e. V.

(Thorsten Bührmann, Monika Kil, Annette Manz) ..... 116

## *BV-Päd. Intern*

Mitgliederversammlung des BV-Päd. e. V. ( <i>Sabine Ruttkowski</i> ) .....	120
--	-----

## *Rezensionen*

Deutsches Institut für Erwachsenenbildung (Hrsg.): ProfilPASS – Gelernt ist gelernt. Dokumentation eigener Kompetenzen und des persönlichen Bildungswegs ( <i>Kathleen Neumann</i> ) .....	123
--	-----

Tatjana R. Frey: Personalentwicklung in Unternehmen – Ein Arbeitsfeld für Erwachsenenpädagogen. ( <i>Thorsten Bührmann</i> ) ....	125
--	-----

<i>Infobörse</i> .....	127
------------------------	-----

## **„Gesundheitsangebote“ in einer Volkshochschule: „... und unsere Kunden kriegen das auf Rezept.“<sup>1</sup>**

---

*Gegenwärtig zeichnen sich in der Erwachsenenbildung Veränderungen beispielsweise bezüglich der Finanzierungsstrukturen ab. Es wird vermutet, dass sich das Angebots-, Dienstleistungs- und das Anbieterspektrum verändert und pädagogikfremde Handlungslogiken stärker in pädagogische Funktionsbereiche und Bildungsorganisationen eindringen. Auf der anderen Seite kann beobachtet werden, dass in nicht-pädagogischen Funktionsbereichen vermehrt „Lernen“ als Antwort auf Problemstellungen gegeben wird („Lernende Unternehmen“ als Managementwerkzeug, vgl. Tacke 2004). Dies bildet den Ausgangspunkt der hier erörterten Frage, inwiefern Kopplungen zwischen Gesundheits-Bildung als Teilbereich von Erwachsenenbildung und dem Gesundheitssystem bestehen. Deren Beantwortung basiert auf einer Organisationsanalyse eines Anbieters der „Gesundheitsbildung“, die im Rahmen des DFG-Projektes „Dienstleistung Weiterbildung“<sup>2</sup> durchgeführt wurde. In der Organisationsanalyse wurden organisatorische Strukturen und Angebote untersucht, die Handlungsorientierungen der Akteure hinterfragt und darauf basierend die Kopplungen beschrieben.*

Die Gesundheitsbildung ist quantitativ einer der bedeutendsten Programmbereiche an Volkshochschulen/VHS (vgl. Pehl 2006, DIE-Statistik). Aber nicht nur VHS, auch andere Bildungseinrichtungen oder Nicht-Bildungseinrichtungen bieten zunehmend ein Programm an, das nicht nur Sport-, Therapie- oder Freizeitangebote darstellen, sondern den Anspruch verfolgen, die Kompetenz der Teilnehmenden bezogen auf Gesundheit durch verschiedene Dienstleistungsformen zu erhöhen<sup>3</sup>.

In der allgemeinen Bildungsdiskussion wurde die Gesundheitsbildung stets skeptisch betrachtet. Der Körperbezug und die subjektbezogen-agierende Hinwendung zu physischen, psychischen und psychosomatischen Problemen widersprach kog-

---

1 Dieser Artikel stellt Teilergebnisse einer Diplomarbeit dar: Rothenberg, Julia (2006): Weiterbildungseinrichtungen im Wandel – Organisationsanalyse einer VHS unter besonderer Berücksichtigung des Programmbereiches Gesundheit. Universität Bremen. An dieser Stelle bedanke ich mich bei den Betreuenden Prof. Dr. Erhard Schlutz und Prof. Dr. Monika Kil, und vor allem bei der wissenschaftlichen Mitarbeiterin Sina Wagner für die Unterstützung bei der Auswertung der Teilnehmendenbefragung!

2 DFG KI 848-2 (Prof. Dr. Monika Kil, Prof. Dr. Erhard Schlutz) am Institut für Erwachsenenbildungsforschung, IfEB

3 Dies ist das Ergebnis der Anbieteranalyse zur Auswahl der untersuchten Einrichtung.

nitiv-rationaler Aufklärung (vgl. Blättner 1996). Lernen und Bildung für Gesundheit verstanden sich keineswegs von selbst. Nach der Ermöglichung der Förderung der Gesundheitsprävention durch Krankenkassen hielt Gesundheitsförderung Einzug in „bildungsfremde“ Institutionen, z.B. in die Kassen selbst, Krankenhäuser oder Sportvereine. In Konkurrenz um finanzielle Ressourcen wurde über die Kriterien der Förderungswürdigkeit debattiert und Abgrenzungsdiskussionen zwischen Organisationen und ihren Herangehensweisen geführt. Die Expansion der Gesundheitsbildung wurde gestärkt durch die „Ottawa Charta“, die auf der ersten Konferenz für Gesundheitsförderung 1986 der World Health Organization (WHO) (vgl. Schemmann 2001) verabschiedet wurde. In ihr wurde ein ressourcen- und kompetenzbasierter Gesundheitsbegriff geprägt.

Versicherungsrechtlich wird Gesundheit hingegen als Nichtvorhandensein von Krankheit dargestellt. In der Kranken- und Unfallversicherung wird unter Krankheit<sup>4</sup> gemeinhin „ein regelwidriger Körper- oder Geisteszustand, der die Notwendigkeit einer ärztlichen Heilbehandlung oder – zugleich oder allein – Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat“ verstanden. Die Notwendigkeit der Behandlung hängt von ärztlicher Feststellung ab. Gesetzgebung und Rechtsprechung haben de facto den Ärzten die Definitionsmacht über Krankheit und Behandlungsbedarf übertragen. Sie handeln auf Basis von Definitionen: Krankheiten werden beschrieben nach der International Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10, Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information 2006).<sup>5</sup> Voraussetzung für eine adäquate Therapie ist die Stellung einer korrekten Diagnose. Ziel der Therapie ist die Heilung, die Beseitigung oder Linderung der Symptome oder die Wiederherstellung der körperlichen oder psychischen Funktion. Therapien beruhen auf einer direkten oder indirekten Einwirkung des Therapeuten auf einen Patienten. Hier wird ein lineares, kausales Verständnis von Ursache und Wirkung sichtbar, das einem Zustandsbegriff von Gesundheit entspricht.

## **Theoretischer Hintergrund der Arbeit**

Die theoretische Grundlage der Arbeit bildet die Systemtheorie: Ein soziales System grenzt sich durch Einschränkungen und aufeinander bezogene Selektionen geeigneter Kommunikationen gegen eine Umwelt ab. Über Identität kann das Besondere des Systems ausgemacht und seine übergreifende Ausrichtung, Intentionalität und Funktion bestimmt werden (vgl. Willke 2005, S.311). Teilsysteme werden von einem Netz organisatorischer Strukturen getragen, sind jedoch mehr als dieses Netz (Beetz 2003, S.89). Organisationen und Teilsysteme sind jeweils eigenständig, stehen aber in einem wechselseitigen Abhängigkeitsverhältnis. Ihr Verhältnis wird als strukturelle Kopplung bezeichnet.

---

4 Auf eine explizite Definition von Krankheit oder Behinderung hat der Gesetzgeber im deutschen Sozialgesetzbuch verzichtet. Die Definition stammt aus einem Kommentar zum SGB V §27 (Trojan 2002, S.195).

5 Die von der Weltgesundheitsorganisation herausgegebene ICD-10 wird weltweit zur Diagnosenklassifikation eingesetzt (vgl. <http://www.who.int/classifications/icd/en/> gefunden am 22.09.2006). Die deutschsprachige Ausgabe ICD-10-WHO wird im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) erstellt und herausgegeben.

Dies bedeutet, dass ein System bestimmte Eigenarten seiner Umwelt dauerhaft voraussetzt und sich auf sie verlässt (ebda. 2003, S.66).

Die gesellschaftliche Differenzierung in Teilsysteme wird auf sozialstruktureller Ebene von spezifischen Rollen und Organisationen getragen. Das Vorgehen, die Relation der Gesundheits-Bildung zur Erwachsenenbildung und zum Gesundheitssystem durch eine Organisationsanalyse zu untersuchen, basiert auf der Theorie der Multireferentialität. Organisationen stellen Schnittstellen von Funktionssystemen dar, sie sind Multireferenten. Im Sinne einer Komplexitätsreduzierung wird davon ausgegangen, dass Entscheidungen von Akteuren durch die Orientierung an Teilsystemen programmiert werden (Bora 2001, S.171). Kriterium für das Vorhandensein eines Teilsystems ist das Vorliegen einer Handlungslogik, die sich in Form von Codes, Semantiken, Programmen und Werten und in generellen Orientierungen des Handelns manifestiert. Handlungslogiken werden definiert als evaluative, normative und kognitive Orientierungen (Schimank 1988, S.185). Die verschiedenen Handlungslogiken, die in Erwachsenenbildungsorganisationen im Gesundheitsbereich neben pädagogischen Orientierungen wirksam sein können, bilden die Kategorien für diese Untersuchung. Es wurde nach Orientierungen an folgenden (möglichen) Teilsystemen gesucht:

- Pädagogik
- Primäres Gesundheitssystem
- Sport
- Wirtschaft
- Recht und Politik

In der Multireferentialität steckt ein Konfliktpotential. Organisationen können einen Gesichtspunkt des dominanten Systems berücksichtigen oder auf Codes fremder Systeme zurückzugreifen. Die Referenz zu anderen Codes bedeutet z.B. Ökonomisierung, Politisierung, Verrechtlichung und kann bis zu einer Änderung der priorisierten Programmierung gehen. Bora (2001, S.181) beschreibt drei Organisationsroutinen für multiple Referenzen: Hierarchisierung, Professionalisierung und Parallelisierung.

## **Methodische Umsetzung**

Das Vorgehen gliedert sich in drei Teile: Als Vorarbeit wurde ein Überblick über das Anbieterspektrum in der Gesundheitsförderung tätiger Einrichtungen geschaffen. Aus dieser Teilerhebung wurde kriteriengeleitet der Fall ausgewählt.

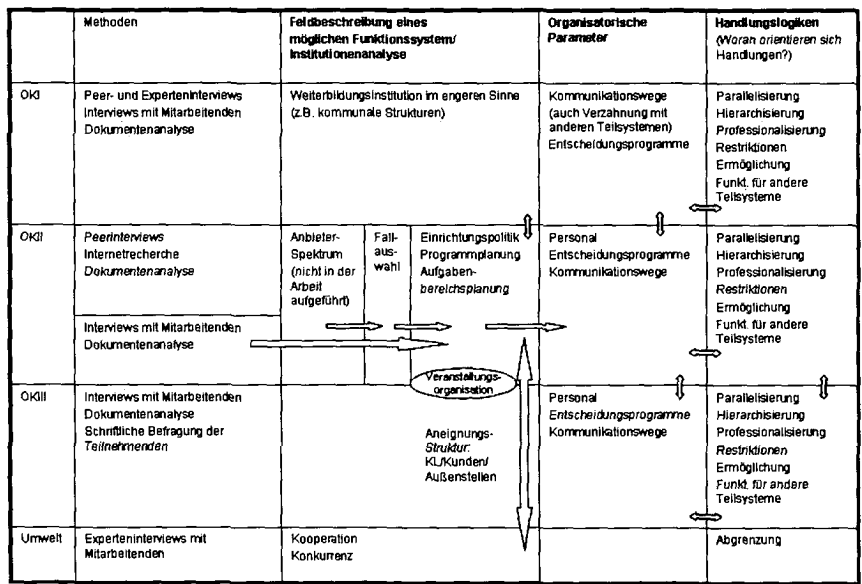
- Die Weiterbildungsorganisation sollte sich in einem Organisationsentwicklungsprozess befinden.
- Sie sollte Angebote mit Bildungs-/Lerncharakter vorweisen. Da die Angebote in Dokumentenanalysen nicht entsprechend bestimmt werden konnten, wurde entschieden, auf einen anerkannten Erwachsenenbildungsanbieter zurückzugreifen, da davon auszugehen ist, dass dieser mit seinem Angebot einen Lernanspruch verfolgt.
- Der Anbieter sollte neben einem klassischen Kursangebot weitere Dienstleistungen (Beratungsleistungen etc.) anbieten.

Die Auswahl fiel auf eine Kreisvolkshochschule (KVHS): Sie ist nach dem Lernerorientierten Qualitätsmanagement zertifiziert. Dies kann als Zeichen für

einen Veränderungsprozess gewertet werden. Ihr Angebot umfasst neben dem traditionellen Kursangebot Leistungen für Organisationen (z.B. Schulen) und interdisziplinäre Projekte zu bestimmten Themen, die aus *Drittmitteln* finanziert werden. Außerdem wird explizit Weiterbildungsberatung offeriert. Die KVHS liegt in einem Landkreis zwischen zwei Großstädten und hat sieben nebenberuflich geleitete Außenstellen. Momentan sind neben der VHS-Leitung und der Verwaltungsleitung fünf Programmbereichsleitende, drei Projektmitarbeitende und sieben Verwaltungskräfte beschäftigt.

Für die Organisationsanalyse wurden leitfadengestützte Interviews, Dokumentenanalysen und eine standardisierte Teilnehmendenbefragung eingesetzt (vgl. Abb. 1).

Abb. 1: Untersuchungsdesign



Den Rahmen der Organisationsanalyse bildet das „pädagogische Systemmodell“ von Schäffter (2001), mit dem er eine genuin erwachsenenbildnerische Organisationstheorie formuliert. Schäffters Kategorien orientieren sich am Prozess der pädagogischen Leistungserstellung und dienen als Beschreibung des Feldes Gesundheitsbildung. Sie umfassen nicht nur die betriebsförmigen Organisationen und Dienstleistungen, sondern auch die Aneignungsstrukturen und den ordnungspolitischen Rahmen. Von diesen Strukturen ausgehend werden die Handlungsorientierungen diskutiert.

Organisationen legen Programme fest, an denen sich Entscheidungen und Entscheidungswege orientieren. In jeder Organisation bestehen drei Typen von Strukturen, die Prämissen von Entscheidungen darstellen (Tacke 2004, S.28ff):

- Entscheidungsprogramme als Regulative für richtiges Entscheiden. Es gibt zwei „Programmtypen“:
  - einerseits Konditionalprogramme, die beim Input ansetzen. Es werden Anlässe von Entscheidungen geregelt.

- andererseits Zweckprogramme, die einen Output als Regulativ festlegen, für die Entscheidungen zu treffen sind.
- Kommunikationswege als Strukturen, die regulieren, wer mit wem aus welchem Anlass kommuniziert.
- Personal als Typ von Strukturen, die Prämissen für Entscheidungen bereitstellen. Hierbei bilden sich über das Wissen und Können, die Profession der Mitglieder, Erwartungen, wie diese in den bestimmten Rollen entscheiden.

Nach Tacke (ebda, S.30) kommen immer alle drei Strukturaspekte vor, jedoch abhängig von der Verortung des Betrachtenden werden jeweils einer der Aspekte betont. Psychologen würden beispielsweise dem Personal am meisten Aufmerksamkeit widmen und hier vermehrt Lösungen für Probleme suchen. Die Strukturelemente (Entscheidungsprogramme, Kommunikationswege und Personal) dienen als Orientierung bei der Beschreibung Kategorien von Schächter (2001). Dabei erlaubt das Datenmaterial jedoch keine umfassende Beschreibung der untersuchten Organisation auf Grundlage dieser Parameter.

## Ergebnisse

### *Operationskreis I*

Zum Operationskreis I gehören legitimationsgebende und ordnungspolitische Strukturen wie das Land, die Kommune, Drittmittelgeber, Landesverbände und einrichtungsübergreifende Institutionen, wie der Bundesverband.

Nach einer kommunalen Reform ist die untersuchte Einrichtung „kaufmännisch geführt“. Damit eröffnen sich der Einrichtung finanzielle und inhaltliche Handlungsspielräume, die sie braucht, um auf sinkende Fördergelder flexibel mit neuen Strategien reagieren zu können. Die Übernahme des öffentlichen Auftrages Bildung interpretiert sie dahingehend, für die Kommune als „nachfrageorientiert arbeitender Bildungsdienstleister“ zu fungieren. Die Kommune wandelt sich von einer ordnungspolitischen Struktur zu einem Teil Lebenswelt, deren Lernbedürfnisse aufgegriffen werden.

Die Gesundheitsbildung hat im betreffenden Bundesland keinen förderungswürdigen Status und steht auch nicht unter der Kontrolle gesetzgebender Strukturen. Die sinkende Förderung der Einrichtung insgesamt und der Bedeutungsgewinn von Drittmittelprojekten, hat jedoch auch Implikationen für ihre Ausgestaltung. Schiersmann (2003, S.51) weist in ihrer Studie zur Familienbildung darauf hin, dass die Angebotsausrichtung nach ökonomischen Aspekten die Ausweitung vom Gesundheitsbildungsangeboten bedeutet. Dafür seien neben dem wachsenden Interesse der Teilnehmenden die Zuschüsse durch die Krankenkasse nach §20 Sozialgesetzbuch (SGB) V (Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen 2006) verantwortlich.

Die Landesverbände (LV) der VHS'n versuchen organisatorisch Einfluss zu nehmen und streben eine Qualitätssicherung mittels einer Standardisierung der Angebote an. Deren Akzeptanz ist jedoch nicht durchschlagend, was Vertreter der Landesverbände kritisieren: Man lege pädagogische Entscheidungen in die Hände der Kursleitenden, die eigentlich in der VHS getroffen werden sollten [...] (PI3, Vertreter eines Landesverbandes).



Auch in der untersuchten Einrichtung zeichnet sich ab, dass die Krankenkassen als Vertreter des Gesundheitssystems größeren Einfluss haben und die Gestalt der Gesundheitsbildung weitestgehend (abgesehen von Gesundheitsbegriff) unabhängig von pädagogischen Institutionalformen bestimmt wird (vgl. Operationskreis II/ Veranstaltungsorganisation).

### *Operationskreis II: Weiterbildungseinrichtung im engeren Sinne*

Die *Einrichtungsstrategie*, Wahrnehmung der Bildungsfunktion und Profitabilität, bedeutet, eine marktbeherrschende Position als Bildungsdienstleister für alle Menschen der Kommune anzustreben. Sie beeinflusst die *Aufgabenbereichsplanung* im Programmbereich, die die Ausdifferenzierung des Angebotsprofils, die Entwicklung von Konzeptionen der Gesundheitsbildung und fachlicher Schwerpunkte umfasst. Das Angebotsprofil der untersuchten VHS basiert auf:

*Programmbereichsleitung, Gesundheit (PBG): [...]dem Gesundheitsverständnis der WHO. Und dem orientiere ich mich unter. Wenn ich von mir ganz persönlich sage, dann hab ich nen Gesundheitsverständnis sozusagen von der Wechselwirkung von Körper, Geist und Seele und da versuche ich auch drauf zu achten bei meinen Kursen auch bei der Auswahl der Kursleiter, ob das da auch vorliegt [...] mein Konzept ist eigentlich, dass ich denke, dass da sozusagen jeder Mensch auch so nen individuellen Zugang hat. [...] mein Ansatz, dass ich irgendwie und da glaube ich, dass es unterschiedliche Formen gibt, die Menschen unterstützen möchte, diese Kraftquelle für sich anzupapfen im Alltag.*

*[...] Mir geht es an keiner Stelle um ne rein äußerliche Vorstellung von so 'm Perfektionismus [...]*

*[...] mir geht es auch noch mal stärker nicht nur um das eigene Verhalten, sondern in einem gewissen Rahmen auch um Umweltbedingungen für Gesundheit.[...]*

Dieser Gesundheitsbegriff der Weltgesundheitsorganisation (WHO 2005) wird vom bundesweiten „Arbeitskreis Gesundheit“ der VHS empfohlen. Er lässt auf einen Kompetenz- und Ressourcenbegriff von Gesundheit schließen. Einrichtungsintern wird die Ressourcenkomponente hervorgehoben: Kraftquellen/Ressourcen können durch Methoden (bewegen, entspannen) angesprochen werden, bzw. stellen diese dar. Gesundheit als Kompetenz bedeutet die Fähigkeit, diese Kraftquellen anzupapfen. Mit diesem Gesundheitsverständnis grenzt sich die KVHS vom medizinischen Begriff ab.

Das Angebot umfasst mehrere Ebenen:

- „Bewusstmachen“ der Möglichkeiten die eigene Gesundheit zu fördern in Vorträgen
- Methoden als Werkzeuge, mit denen die Teilnehmenden ihre Ressourcen stärken können
- Hilfe zum Finden von Kraftquellen zum „persönlichen Weg zu Gesundheit“

In der Dokumentenanalyse wurden das Programmheft und verschiedene Flyer hinsichtlich der Angebote quantitativ ausgewertet. Die Kategorien der Auswertung sind an Beschreibungen der Organisationsmitglieder und die DIE- Statistik (Pehl 2006) angelehnt und richten sich nach dem Komplexitätsgrad und der Zielgruppenspezifität:

- klassische, wenig komplexe Methodenangebote (Gymnastik und Bewegungskurse, Entspannungsmethoden) (79% des Kursangebotes)
- zielgruppenspezifische, wenig komplexe Methodenangebote (wenig interdisziplinär, wenig Eigenleistung aber mit Bezug zu einer bestimmten Zielgruppe („Yoga für Schwangere“))
- komplexere Angebote, zielgruppenunspezifische interdisziplinäre ausgerichtete Angebote, in denen viel Eigenleistung, z.B. Reflexion gefordert ist
- komplexe zielgruppengerichtete Kurse (10% des Kursangebotes)
- Auftragsmaßnahmen

Die Angebote verweisen zunehmend auf eine lebensweltliche Fundierung. Viele der „neuen“ Angebote zeigen eine Annäherung von Alltag und Erwachsenenbildung. Sie finden in der Lebenswelt statt oder es werden einrichtungsintern in neuen Konzepten Themen der Lebenswelt aufgegriffen wie „Gesund im Beruf“ oder „Rund um die Geburt“. Dies kann als Versuch gedeutet werden, das Spannungsfälle Lerneralltag und Institution (Schäffter 2005) zu minimieren.

*[...] Die Veränderung, die ich vor allem bemerke ist, dass es weniger so von dem Kursangebot geht, das heißt, wir denken uns was Nettes aus und bieten das an, sondern eher schon in Richtung Bildungsauftrag, [...] was ja auch wirklich nen bisschen mehr abfordert, als einfach jetzt nur so 'n Angebot zu erstellen, so 'n Konzept, wo man dann auch mit Behörden zu tun hat, das Gesundheitsamt, mit ... die Ärzte die Krankenkassen usw. Also dass es mehr so auch in Richtung Bildung und Gesundheitswesen so geht. Also Gesundheitsbildung, da irgendwo auch Angebote für Krankenkassen beispielsweise zu machen [...] (Kursleitung für Ernährung, KL ERN).*

Inwieweit der Versuch erfolgreich ist, wird später diskutiert. Die Gesundheitsbildung der Einrichtung strebt an neben ihrer Funktion für die Individualteilnehmenden mit neueren Angeboten eine sekundäre Funktion i.S. einer Entlastung für das Gesundheitssystem zu übernehmen.

*[...]Also wenn ich so an dieses Projekt [...] denke, ... dann sind da die Krankenkassen für mich auch Kunde. [...] Das transportiere ich auch so in der Begründung, dass ich ihnen ganz große Kosten später erspare. (PBG)*

Die *Veranstaltungsorganisation* beschreibt die Entwicklung, Erprobung und Durchführung einzelner Bildungsangebote. Als Beispiel für die Organisation eines komplexen zielgruppengerichteten Angebotes wird ein Projekt, ein Programm zur Gewichtsreduktion übergewichtiger Kinder und Jugendlicher, dargestellt. Diese Zielgruppe verdeutlicht die Ausweitung der „Erwachsenenbildung“ auf neue Klientel. Das „Training zur Gewichtsreduktion und zur Selbstbehauptung für Kinder und Jugendliche von 6 – 12 Jahren“ (GewüK<sup>6</sup>) richtet sich in zwei unterschiedlichen Angeboten (Altersklassen) an übergewichtige Kinder und ihre Eltern. Das Programm läuft jeweils für ca. fünf Monate an zwei Abenden die Woche und umfasst vier Trainingsbereiche: psychosoziales, Ernährung, körperliche Aktivität und Sport sowie Schulungsangebote für Eltern, Bestandteil ist auch das Üben des Verhaltens in alltäglichen Situationen. Das Projekt ist als Patientenschulung konzipiert und die Kosten werden von den Krankenkassen übernommen. Dabei ist das Ziel „eine langfristige Verhaltens-

---

6 Bezeichnung des Kurses geändert

änderung“ (Quelle: Kursflyer) i.S. „dauerhafter Änderung des Bewegungs- und Essverhaltens“. Das Projekt basiert auf dem mehrdimensionalen Gesundheitsbegriff und zielt nicht nur darauf ab

*„[...] dass nur die Kinder weniger essen und sich mehr bewegen und selbstbewusster werden sollen, sondern das Elternhaus wird genauso rangenommen. [...] Ziel ist, die Verhältnisse in den Blick zu kriegen.“ (PBG)*

Jedoch sind nicht nur pädagogische Kriterien handlungsleitend, sondern vor allem diejenigen des Gesundheitssystems:

*PBG: [...] „Gewük“, das ist ganz gezielt auf die Krankenkassen ausgerichtet. Das habe ich von Anfang an so konzipiert, dass ich wollte das die Krankenkassen das zu 100% übernehmen.[...] unsere Kunden kriegen das auf Rezept. Das ist keine Präventionsmaßnahme, das ist ne Patientenschulung. Das ist so konzipiert, dass ich die Teilnehmer berate, vorher zum Kinderarzt zu gehen, sie kriegen ne ärztliche Verordnung, dann reichen sie das ein, [...] Und wir erreichen dadurch ne Zielgruppe, das sind alles neue Kunden, die sind vorher nie in der VHS gewesen, die kommen aus einer sozialen Schicht, die hat massive Schwellenängste. [...]*

Das Erreichen „bildungsferner Schichten“ ist durch zweierlei Motivationen begründet: dem formulierten Lernanlass und dem Bestreben, neue Kunden zu erreichen. Für die Konzeption des Projektes bestehen ökonomische, pädagogische und am Gesundheitssystem ausgerichtete Handlungsorientierungen parallel. Letztere zu unterscheiden muss durch die Einrichtung geleistet werden:

*[...] bei Gewük zum Beispiel, da möchte ich gerne, dass wir die Entscheidung [über die Teilnahme einiger Interessenten Anm. J.R.] auch haben, weil das – das sind auch schon manche Bereiche, da kommt man so auf der Grenze von Bildung und Therapie, da versuche ich auch sehr drauf zu achten, dieses ist kein – wir können keine Behandlung geben. Und da muss man sich selbst auch noch mal so auf- also gucken, dass das von uns nicht erwartet wird. (PBG)*

In der untersuchten Einrichtung vermittelt das soziostrukturelle Gesundheitssystem zwischen den pädagogischen und ökonomischen Logiken: Es ermöglicht einerseits durch die Refinanzierung, andererseits durch die Einbindung seiner Funktionsweise, „bildungsfremde Schichten“ zu erreichen: Der für diese Schichten große „Strukturbruch“ (Schäffter 2001) zwischen Alltag und institutionellem Lernen wird durch das Gesundheitssystem minimiert. Bildung wird im Gewand der Therapie angeboten, die für diese Schichten zugänglicher, bekannter (und nicht zu bezahlen) ist. Die Handlungsfolge Krankheit, Diagnose durch den Arzt, Verordnung wird anstatt mit „Therapie“ mit „Gesundheitsbildung“ abgeschlossen.

Die im Beratungsgespräch vorgenommene Abgrenzung der Gesundheitsbildung von der Therapie wird durch den Verweis auf die Möglichkeit der „Verordnung“ (s.o.) aufgehoben.

Die inhaltliche Gestaltung des Projektes für übergewichtige Kinder ist durch eine Kombination gesundheitlich-medizinischer (Gewicht stabilisieren) und pädagogischer Ziele (erfolgreicher Lernprozess als Veränderung kognitiver Reaktionsmuster) bestimmt. Es soll der Lernanlass durch ein Lernarrangement nach pädagogischen Maßstäben methodisch übersetzt werden. Die medizinischen Handlungsfolgen („Krankheit“ (=Übergewicht), Diagnose, Verord-

nung) wird über ein pädagogisches Arrangement in den pädagogischen Kontext eingegliedert. Zusätzlich sichtbar wird das an der pädagogischen Klammer „Beratungsgespräch“ und „Follow up Workshop“. Andererseits sind die Maßstäbe des primären Gesundheitssystems handlungsleitend, da die refinanzierenden Krankenkassen hieraus ihre evaluativen Kriterien beziehen.

Bei der Gestaltung des Arrangements besteht eine Parallelisierung pädagogischer und gesundheitsbezogener Handlungsorientierungen. Wie bei der Formulierung und Ermöglichung des Projektes vermitteln die Logiken eines dritten Systems: Ökonomische Orientierungen wirken aber nicht ermöglichend (wie das Gesundheitssystem für die Projekterstellung, sondern restriktiv auf die Pädagogik, da die Kassen wie die Teilnehmenden als Kunde bedient werden müssen:

*[...] aber das ist ein ganz irrer Fortschritt für uns gewesen, und da war ganz klar, ich wollte dass das an diese Familien kommt und ich wusste, das geht nur, wenn ich diesen Kunden „Krankenkassen“ zufrieden stelle, so. (PBG)*

Zusätzliche Restriktion erfährt die Pädagogik durch ökonomische Überlegungen, die sich durch die Organisationsstrategie begründen lassen. Diese wirkt insofern auch auf die Veranstaltungskonzeption:

*[...] also das Projekt muss so zugeschnitten sein, dass wenn es zu Ende ist, die TN natürlich die Sachen bei uns kaufen, und wenn das nicht so zugeschnitten wird, dann kann es kein Projekt von uns werden. (PBG)*

Die „Pädagogik“ wird als Instrument für die Krankenkassen (didaktische Hilfen für Gesunderhaltung) verkauft (Patientenschulung), und muss sich dafür an deren Logiken anpassen: Gesundheitsbildung wird als Funktionsträger im primären Sinn zum Teil des soziostrukturellen Systems Gesundheit, der pädagogische Kontext muss für die Refinanzierung den Logiken des Gesundheitssystems entsprechen. Auf der anderen Seite instrumentalisiert die VHS das Gesundheitssystem im Hinblick der Finanzierung ihrer Angebote.

*[...] ganz neue Generation [...] der Dozenten [...] die wollen ein ganz anderes Honorar sehen, und ich hab auch andere Ansprüche an Konzepte und das muss ich irgendwoher bezahlt bekommen, darum sind für mich auch die Krankenkassen so wichtig, weil das häufig ja Konzepte sind für Zielgruppen, die entweder das Geld nicht haben oder das Bewusstsein oder meinetwegen beides nicht haben. (PBG)*

### *Operationskreis III: Akteure der Aneignungsprozesse.*

Im Folgenden werden Charakteristika des Lehr- und Lerngeschehens aus Sicht der Kursleitenden beschrieben. Institutionalisierte Lernprozesse stellen, sollen sie erfolgreich sein, Anforderungen an die Eigenleistung der Teilnehmenden (Kil/Wagner 2006). Diese sind scheinbar seitens der befragten Kursleitenden in den klassischen Angeboten der Gesundheitsbildung gering. Je komplexer die Angebote werden, desto mehr sind die Teilnehmenden gefordert, sich mit sich selbst auseinander zu setzen:

*[...] Kochen ist schon eher so ne Fun-Aktion sage ich mal. Also da muss man sich nicht so vorbereiten. Bei Seminaren <....> da ist zu Hause auch schon ne gewisse Eigenleistung dann, die müssen das ja ausprobieren, was wir vorschlagen, die müssen auch Protokoll führen, sie müssen ihre Gewohnheiten aufschreiben, da ist natürlich viel Eigenarbeit gefordert. (KL ERN)*

Als Zusatznutzen für die Teilnehmenden werden neben den inhaltlichen Aspekten „Wohlfühlen“ beschrieben:

[...] Wenn die Gruppen sehr groß sind, beschränke ich das sehr häufig auf das Lernziel. Aber wenn die Gruppen klein sind, [...] da kriegen sie dann auch mal einfach so Berieselung, [...] Einfach so'n Wohlfühleffekt. [...] (Kursleitung Entspannung, KL ENT)

Es werden abhängig von der Art des Kurses unterschiedliche Ziele angestrebt. Bei den klassischen Methoden-Kursen ist das Ziel „[...] zu lernen, also einmal sich wieder auf sich selbst zu konzentrieren, ihre eigene Wahrnehmung wieder zu entdecken und zu stärken und Hilfe zur Selbsthilfe. (KL ENT). Dieses Ziel erinnert an den formulierten Kompetenzaspekt des Gesundheitsbegriffs und das Ziel des Programmbereiches, „Kraftquellen“ aufzudecken. Als Reaktionsmuster von Lehrenden beschreibt Schäffter (2001, S.187) Hilfe zur Selbsthilfe auch als „Qualifizieren im Kontext von Helfen“ als primäre Funktion. Bei der Hilfe zur Selbsthilfe gehe es nicht darum, Irritationen mit neuen Deutungsmustern zu begegnen, sondern sie werden im Sinne eines normativen Erwartungsmusters mit bewährten Mustern beantwortet. Insofern werden sich die Kursleitenden in ihrem Unterricht eher an gesundheitlichen, medizinischen formulierten Bedürfnissen der Teilnehmenden orientieren und weniger an pädagogisch formulierten Lernanlässen. Ausgangspunkt sind oft medizinisch definierte Probleme, auf die mit einer Methode „als Medikation“ reagiert wird:

*[...] wollte dann eben für ihren Tinnitus was, oder gegen ihren Tinnitus was bekommen. Das hat auch teilweise geklappt, also Menschen, die mit gesundheitlichen Problemen kommen, überwiegend, sind auch sehr konsequent in der Anwendung [...]* (KL ENT)

Es wird von „Indikationen“ ausgegangen, auf die die zu erlernenden Methoden „anzuwenden“ sind. Dies lineare Verständnis entspricht dem der Medikation. Dies trifft sich mit Motiven von Teilnehmenden:

*„Sie erwarten schon aber Gesundheit, weil sie sehr häufig auch durch nen Arzt oder Krankenkassen oder so motiviert werden, teilzunehmen.“* (KL ENT).

Die Grenzen zwischen Lernen/Gesundheitsbildung und Heilen/Therapie verschwimmen, die Abgrenzung ist schwer:

*KL ENT: also wenn ich beim Autogenem Training z.B. das Herz anspreche und ich hab jemanden mit ner Herzneurose dabei, dann befrage ich ihn natürlich. „Wie äußert sich das dann so bei Ihnen?“ Oder mit dem MS (Multiple Sklerose), mit der Patientin mit M- oder Teilnehmerin mit MS- hier keine Patienten natürlich, aber das vermischt sich manchmal gedanklich natürlich. [...]*

*Es ist ja so. Im Grunde genommen würde ich die Methoden in meiner Praxis genauso vermitteln. Nur – sie kommen ja oft mit Problemen, werden oft vom Arzt geschickt, werden oft – von den Krankenkassen wird empfohlen, „machen sie doch mal – „Ich hab eine Teilnehmerin, die hat nen Bluthochdruck, die sagt ihr ist von der Ärztin empfohlen worden machen sie doch mal PMR (Progressive Muskelrelaxation). Dann kommt die her und hat Erwartungen, denkt sie kommt dahin und einen Abend und dann ist das gut.*

Die Unterrichtsgestaltung orientiert sich nicht in erster Linie an der Unterstützung von Lernprozessen im Sinne der Veränderung von kognitiven Reaktionsmustern. Vielmehr ist sie auf eine Form von „Nicht-Lernen“ ausgerichtet. Verstärkt wird das Bild der diffusen Zielausrichtung durch den Modus der

„Evaluation“ der Kursleitenden: Die Rückmeldung über die Zielerreichung setzt andere Kriterien als das Ziel „Selbsthilfe“ vermuten lassen:

*KL ENT: Ja, woher weiß ich das? Ich mache keine Evaluation, [...] aber es kommt natürlich immer wieder vor, das TN wiederkommen und das ist für mich schon ein Zeichen, dass das in Ordnung war, bzw. das offensichtlich etwas dabei herausgekommen ist. Ansonsten habe ich da keine Möglichkeiten, das wirklich zu kontrollieren, ob mein Ziel erreicht worden ist oder nicht.*

Obwohl die Indeterminierbarkeit von Bildungsprozessen und die Schwierigkeit ihrer Erfolgsmessung bekannt ist, ist der hier herrschende Widerspruch zwischen dem Ziel „Selbsthilfe“ oder „Selbstständigkeit“ und der Erfolgsdefinition „Wiederkommen“ offensichtlich. Der beschriebenen Handlungsorientierung wird widersprochen. Bei den hier befragten Kursleitenden kann keine Dominanz einer pädagogischen, auf Lernen ausgerichteten, Handlungsorientierung herausgelesen werden.

Die Motivation der *Teilnehmenden* und ihre Irritationsbereitschaft sind für einen erfolgreichen Lernprozess als Ziel pädagogischer Interventionen entscheidend (vgl. Kil/Wagner 2006). Im Folgenden werden Ergebnisse der schriftlichen Befragung mit dem Fragebogen „Organisation und Teilnehmende“ [OrTe] vorgestellt: Zunächst werden signifikante Unterschiede (Mittelwertvergleiche der Konstruktvariablen,  $p < .01$ ) der Teilnehmenden im Programmbereich Gesundheit im Vergleich zu anderen Angebots-Bereichen dargelegt und anschließend den Kursleitendeninterviews gegenübergestellt.

- Signifikant höher als in allen anderen Programmbereichen ist die Erwartung von *Genuss-Erleben* bei den Veranstaltungen
- Die *Wichtigkeit des Themas* wird signifikant höher beurteilt als in den Bereichen EDV oder allgemeine Weiterbildung.
- Die Bereitschaft zur *Eigenleistung* ist signifikant niedriger als bei den Programmbereichen „allgemeiner Weiterbildung“ und EDV.
- Das *Lernmuster „Selbstorganisation“* ist im Vergleich zur allgemeinen und beruflichen Weiterbildung signifikant niedriger vorhanden.
- Es wird signifikant mehr als in der beruflichen Weiterbildung erwartet, dass die Kursleitenden eine *Rolle als Betreuer* einnehmen. Die *Rolle „Modell sein“* wird höher als im Bereich berufliche und allgemeine WB erwartet.

Letzteres Rollen-Erwartungsmodell widerspricht den Äußerungen der Kursleitenden, die ihre Rolle im Lehr- Lern-Prozess als Begleitende sehen, die Lernprozesse zur Entlastung der Teilnehmenden strukturieren und auf der anderen Seite die Bedeutung ihrer fachlichen Kompetenz hervorheben.

Die relativ geringe Bereitschaft zur Eigenleistung deckt sich allerdings mit von den Kursleitenden wahrgenommenen Motiven der Teilnehmenden:

- Ein Motiv ist ein kurzfristiger Wohlfühleffekt: „Wohlfühlen“ ist Selbstzweck, es geht um synchron zum Kursprozess erlebte Effekte, „Seele baumeln lassen“.
- Bei anderen Teilnehmenden entsteht der Teilnahmeanlass aus Krankheitsproblemen/medizinisch definierten Problemen. Diese Teilnehmenden wollen die Methode als schnell wirkende Medikation für Gesundheit einsetzen.
- Eine dritte Gruppe will langfristig etwas für sich tun, aber nicht selbstständig.

- Wenn der Anspruch besteht, Neues zu lernen, soll das Neue nicht irritieren, sondern in das vorhandene Bild „stimmig“ passen und Abwechslung bieten.

Die Kursleitenden nehmen bei ihren Teilnehmenden hauptsächlich dominierende pädagogikfremde Motive („Gesundheit“, „Wohlfühlen“) und das Vermeiden von für Lernen notwendigen Irritationen wahr. Sichtbar ist das auch an einer relativ hohen Erwartung an Feedback. Die Begründung für die Wichtigkeit des Feedback liefern die Kursleitenden mit einer Unsicherheit sich selbst gegenüber, die in der Suche nach externen Sicherheiten und Anleitung resultieren.

Das Bedürfnis nach Sicherheit seitens der Teilnehmenden findet seine Entsprechung in dem Bemühen der Einrichtung, die Teilnehmenden zu binden. Damit wird dem Ziel von Gesundheitsbildung „Vertrauen in die eigene Gesundheits- und Handlungskompetenz zu stärken“ (Arbeitskreis Gesundheit der VHS- Landesverbände 2003) und die selbstständige Aktivierung der Ressourcen zu fördern, widersprochen. Das Bedürfnis, Sicherheit durch Feedback zu erhalten, weist im Zusammenhang mit dem gering ausgeprägten Lernmuster „Selbstorganisation“ auf ein hohes Bedürfnis nach institutionalisiertem Lernen hin, wofür auch die niedrige „Bereitschaft zur Eigenleistung“ spricht. Der Vorteil der Kurse gegenüber dem Selbstlernen besteht im sicherheitsgebenden Dozenten und der Entlastung durch den Gruppendruck.

## Fazit

Es bestehen pädagogische, ökonomische und gesundheitsbezogene Handlungslogiken nebeneinander. Die Gesundheitsbildung wird zum Teil des soziostrukturellen Gesundheitssystems. Ein professioneller Umgang mit den unterschiedlichen Funktionslogiken i.S. einer dominierenden pädagogischen Orientierung ist nur eingeschränkt zu beobachten. Grund mag sein, dass die Orientierung am medizinischen Verständnis von Gesundheit den Kenntnissen der Teilnehmenden entspricht und ihre Verstärkung in der Orientierung der Kursleitenden findet, die weniger „Lernen“ als „Gesundheit“ im medizinischen Sinn verpflichtet scheinen. Während auf Programmbereichsleitungsebene pädagogische Orientierungen parallel zu gesundheitsbezogenen und ökonomischen formuliert werden, dominieren auf Ebene des Aneignungsmilieus Orientierungen des Gesundheitssystem oder „freizeitorientierte“ Logiken („Wohlfühlen“).

Die Refinanzierung durch das Gesundheitssystem bedeutet, dass finanzstrukturell die Abnahme von Gesundheitsbildung dem Bezahlungsmodus des Gesundheitssystems verhaftet ist. Die geringe (finanzielle) Eigenleistung entspricht der traditionellen Logik des Gesundheitssystems „sich kurieren zu lassen“, die mit einer Erwartung einhergeht, im Kurs ein geringes Maß an Eigenleistung erbringen zu müssen.

Der Funktionsbereich „Gesundheitsbildung“ als möglicher Teil eines möglichen Teilsystems Erwachsenenbildung stellt sich aufgrund dieser Gemengelage und Brüche als nicht geschlossen dar. Grund ist einerseits die Handlungslogik der Wirtschaft, die zwischen Pädagogik und Gesundheit vermittelt und ein „hidden curriculum“ darstellt, durch das sich Organisationseffekte ergeben. Die Bedingungen des Weiterexistierens der Organisation werden nicht nur durch einen pädagogischen Auftrag bestimmt. Die Organisation muss für ihr Bestehen Abhängigkeiten erzeugen und kann nicht i.S. der angestrebten Ziele handeln. In den Kursen der Gesundheitsbildung werden keine „Abhängigkeiten“

im Sinne „Lebenslangen Lernens“ erzeugt, sondern durch das Bereitstellen „sicherheitsgebender Strukturen“. Durch eine Überintegration gesundheits-systemischer Logiken „beraubt“ sich die Gesundheitsbildung ihrer perturbierenden Bedeutung, die sie durch ihre systemfremden Logiken für das Gesundheitssystem und die Teilnehmenden übernehmen könnte.

## Literatur

- Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen (2006): Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von § 20 Abs. 1 und 2 SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 10. Februar 2006. Quelle: [http://www.forumpraevention.de/forum-praevention\\_1234/images/Downloads/Leitfaden2006.pdf](http://www.forumpraevention.de/forum-praevention_1234/images/Downloads/Leitfaden2006.pdf), letzter Zugriff am 24.04.06.
- Arbeitskreis Gesundheit der VHS Landesverbände (Hrsg.): Qualitätsbausteine für die Gesundheitsbildung an Volkshochschulen. Quelle: <http://www.klett.de/sixcms/media.php/71/89121/qualitaetsbausteine.pdf>, letzter Zugriff 22.09.2006.
- Beetz, M. (2003): Organisation und Gesellschaft. Eine systemtheoretische Analyse des Verhältnisses von Organisationen zu gesellschaftlichen Funktionssystemen. Hamburg.
- Blättner, B. (1998): Gesundheit lässt sich nicht lehren. Professionelles Handeln von KursleiterInnen in der Gesundheitsbildung aus systemisch-konstruktivistischer Sicht. Bad Heilbrunn
- Bora, A. (2001): Öffentliche Verwaltungen zwischen Recht und Politik. Zur Multi-referentialität der Programmierung organisatorischer Kommunikationen. In: Tacke, V. (Hrsg.): Organisation und gesellschaftliche Differenzierung. Wiesbaden, S. 171-191.
- Deutsches Institut für medizinische Dokumentaion und Information: International Classification of Diseases an related groups. Quelle: <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/>, letzter Zugriff am 24.04.06
- Kil, M./Wagner, S. (2006): Entwicklungsarbeiten zum Fragebogen [OrTe]. Ein Instrument zur Erfassung von Erwartungen an Lehre, Lernen und Organisation in der Weiterbildung. In: Report. Zeitschrift für Weiterbildungsforschung. 29 Jhg., Heft 1/2006, S. 63-76.
- Pehl, K. (2006): Volkshochschul-Statistik 2004. Programmbereich Gesundheit. Deutsches Institut für Erwachsenenbildung.
- Schäffter, O. (2001): Weiterbildung in der Transformationsgesellschaft. Zur Grundlegung einer Theorie der Institutionalisierung. Hohengehren.
- Schäffter, O. (2005): Institutionelle Selbstpräsentation von Weiterbildungseinrichtungen. Reflexion von Organisationsentwicklung an institutionellen Schlüssel-situationen. In: Nittel, D., Seitter, W. (Hrsg.): Die Bildung des Erwachsenen. Erziehungs- und Sozialwissenschaftliche Zugänge. Bielefeld, S. 165-184, Quelle: [http://www2.hu-berlin.de/ebwb/team/schaeffter/downloads/III\\_57%20Institutionelle%20Selbstpr%20E4sentation.pdf#search=%22%20Institutionelle%20Selbstpr%20C3%A4sentation%20von%20Weiterbildungseinrichtungen%20%E2%80%93%20Reflexion%20von%20Organisationsentwicklung%20an%20institutionellen%20Schl%20C3%BCsselsituationen.%20%22](http://www2.hu-berlin.de/ebwb/team/schaeffter/downloads/III_57%20Institutionelle%20Selbstpr%20E4sentation.pdf#search=%22%20Institutionelle%20Selbstpr%20C3%A4sentation%20von%20Weiterbildungseinrichtungen%20%E2%80%93%20Reflexion%20von%20Organisationsentwicklung%20an%20institutionellen%20Schl%20C3%BCsselsituationen.%20%22), letzter Zugriff am 23.09.06.
- Schemmann, M. (2001): Ottawa Charta. In: Arnold, R., Nolda, S., Nuissle, E. (Hrsg.): Wörterbuch Erwachsenenbildung. Bad Heilbronn, S. 249-250
- Schiersmann, C. (2003): Institutionenanalyse am Beispiel der Familienbildung. In Gieseke, W. (Hrsg.): Institutionelle Inneneinsichten der Weiterbildung. Bielefeld, S. 46.



- Schimank, U. (1988): Sport. In: Mayntz, R. u.a. (Hrsg.): Differenzierung und Selbstständigkeit. Zur Entwicklung gesellschaftlicher Teilsysteme. Frankfurt/M., New York, S.181-232.
- Sozialgesetzbuch V: Quelle: <http://www.sozialgesetzbuch-bundessozialhilfe-gesetz.de/download-kostenlos/gesetze.htm>, letzter Zugriff am 22.09.2006
- Tacke, V. (2004): Organisation im Kontext der Erziehung. In: Böttcher, W., Terhart, E. (Hrsg.): Organisationstheorie in pädagogischen Feldern. Organisation und Pädagogik II. Wiesbaden, S.19-42.
- Trojan, A. (2002): Prävention und Gesundheitsförderung. In: Kolip, P. (Hrsg.): Gesundheitswissenschaften. Eine Einführung. Weinheim, München, S.195-228
- Willke, H. (2005): Komplexität als Formprinzip. In: Baecker, D. (Hrsg.): Schlüsselwerke der Systemtheorie. S. 303-323.
- World Health Organization (2006): International Classification of Diseases. Quelle: <http://www.who.int/classifications/icd/en/>, letzter Zugriff am 22.09.2006
- World Health Organization (2005): Bangkok Charta für Gesundheitsförderung in einer globalisierten Welt. Quelle: [http://www.who.int/entity/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP\\_German\\_version.pdf](http://www.who.int/entity/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP_German_version.pdf), letzter Zugriff am 05.12.2005

*Dipl. Päd. Julia Rothenberg, APOLLON Hochschule der Gesundheitswirtschaft, Horner Straße 73, 28203 Bremen, [julia.rothenberg@apollon-hochschule.de](mailto:julia.rothenberg@apollon-hochschule.de)*